

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N° 306

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jean HABAS

Né le 5 Avril 1914, à Chelles (Seine-et-Marne).

**LES MASTITES AIGUËS
ET SUBAIGUËS
EN DEHORS DE L'ALLAITEMENT**

Président : M. CUNEO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

805



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Jean HABAS

Né le 5 Avril 1914, à Chelles (Seine-et-Mae)

**LES MASTITES AIGUËS
ET SUBAIGUËS
EN DEHORS DE L'ALLAITEMENT**

Président : M. CUNEO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
	NOBECOURT.
	LEREBoullet.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre Duval.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		de GAUDART ..	
DONZELOT		d'ALLAINES ..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.) .		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ..			
SEZARY			

MM.	
EGALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

In Memoriam.

A MA MERE

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNEO

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse, en té-
moignage de respectueuse grati-
tude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR POULIQUEN

Chirurgien de l'Hôpital civil de Brest

Associé National de l'Académie de Chirurgie

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse, en remerciement de
son aimable accueil et en témoi-
gnage de mon profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. HARDOUIN

Professeur de clinique chirurgicale

à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Je dois à son amabilité de
transcrire ici certaines de ses
observations.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma vive recon-
naissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOURE.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BROCC.

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR.

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELLILE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHABROL

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON TIXIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT JOSEPH

*En remerciement de leur
accueil et en témoignage de pro-
fond respect.*

AUX OFFICIERS
DU CORPS DE SANTE DE LA MARINE

Les Mastites aiguës et subaiguës en dehors de l'allaitement

INTRODUCTION

La question des inflammations aiguës du sein, les mastites qu'elles aboutissent ou non à la suppuration, est dominée par un facteur étiologique essentiel : l'allaitement. — A cette date fonctionnelle de la glande se trouvent en effet réunies plusieurs conditions qui en favorisent l'apparition : la poussée congestive de la montée de lait, l'irritation locale, les chances d'infection secondaire que constituent les fissures et les gerçures si fréquentes du mamelon : tout concourt en somme à rendre aisée l'inoculation directe de la glande à travers des galactophores béants : l'infection déclenchée est alors une mastite à évolution aiguë, lobulaire, à streptocoque ou staphylocoque : elle évolue rarement vers la résolution ; plus souvent elle se collecte et devra être incisée et drainée : c'est le banal abcès du sein.

A l'idée de mastite s'associe donc celle d'allaitement : idée que confirme la lecture des traités classiques qui mentionnent à peine les autres étiologies possibles — idée

qui est justifiée si l'on ne veut considérer que la notion de fréquence — en groupant les résultats de différentes statistiques (celles de TILLAUX, de WINCKEL, de MARTIN, de BRYANT, de BILLROTH, etc.), nous trouvons en effet une moyenne de 85 % de mastites de l'allaitement sur un total de 635 abcès.

Pour rare qu'elle soit la mastite survenant en dehors de l'allaitement est donc loin d'être exceptionnelle. « Je l'ai rencontrée plus d'une fois, dit VELPEAU dans son *Traité des Maladies du Sein*, hors l'état de gestation ou de nourrice, soit à la suite de violences extérieures, soit sans cause connue ». — Or la mastite aiguë est une affection banale de la pratique courante : il nous paraît utile de souligner que dans 15 % des cas, on risque de ne trouver trace d'aucun allaitement, actuel ou déjà ancien; que survenant dans de telles conditions, certains abcès à évolution torpide peuvent être pris pour des néoformations et entraîner des erreurs diagnostiques.

Tels seront les quelques points que nous nous proposons de préciser :

— qu'une considération domine la pathologie mammaire : celle de l'âge physiologique de la glande (l'allaitement n'en est qu'une date) la naissance, la puberté ont aussi leurs mastites, véritables mastites d'évolution (COMBY);

— que si l'allaitement en reste le facteur étiologique

essentiel il est aussi d'autres causes, locales ou générales que nous nous efforceront de classer.

— que si ces mastites aiguës n'ont qu'un intérêt étiologique, certaines mastites à évolution subaiguë se présentent parfois avec une allure pseudo-tumorale et soulèvent de grosses difficultés diagnostiques, notamment avec le cancer du sein.

LES MASTITES D'EVOLUTION

La croissance de la glande mammaire n'est pas continue — elle se fait par étapes et la mamelle suit en cela un chemin assez parallèle à celui du cycle génital : comme pour lui, les principales étapes vont être, dans les deux sexes la naissance et la puberté, — et chez la femme : la grossesse, l'état de nourrice, la ménopause. Ces dates physiologiques sont aussi celles des mastites auxquelles l'hypervascularisation, l'activité tissulaire nouvelle et la congestion vont prédisposer la mamelle.

« De la Congestion physiologique à l'inflammation il n'y a qu'un pas; sous l'influence d'un traumatisme ou d'une infection quelconque, la distance est franchie et l'inflammation peut passer même à la suppuration ». (KIRMISSON.)

LES MASTITES DU NOUVEAU-NÉ.

La poussée fluxionnaire dont les mamelles sont le siège dans les jours qui suivent la naissance est un incident bénin, fréquent et de description classique. Cette fluxion survient avec une égale fréquence dans les deux sexes,

est bilatérale, apparaît dans les premiers jours, parfois plus tardivement et peut se prolonger deux à trois semaines.

Ce phénomène réalise un engorgement de la glande, une montée laiteuse analogue en somme à ce qui se produit chez la femme récemment accouchée : comme chez celle-ci il peut y avoir une véritable sécrétion dont la teneur est tout à fait comparable à celle du lait de femme. (LECOQ.)

Comme chez elle aussi, cette montée laiteuse se fait sous l'influence probable d'un mécanisme endocrinien : c'est ce que prouve d'ailleurs l'association possible d'autres manifestations sur le tractus génital : BARRIER relate ainsi le cas d'un nouveau-né fille ayant présenté au troisième jour des métrorragies et au cinquième jour une tuméfaction mammaire bilatérale.

Cet incident des premiers jours de la vie a été très anciennement connu et interprété d'ailleurs de façon assez mystérieuse, aussi bien chez les anciens médecins que dans le peuple : on trouve l'appellation de lait de sorcières rapportée dans certains auteurs allemands — JOURDA dit dans sa thèse qu'on peut lire dans Van Swieten cette opinion que pendant la vie intra-utérine le fœtus, pour se nourrir, tète ses propres mamelles.

Les auteurs du siècle dernier avec NATHALIS GUILLOT, CUBLER, BOUTEQUOY insistent sur la fréquence de cet engorgement. D'après DEPAUL il est constant chez les

enfants bien portants, manque au contraire chez les prématurés et les athrepsiques.

Et si l'on examine de près les faits relatés, on constate qu'il s'agit presque toujours d'une tuméfaction mammaire, le plus souvent bilatérale, sans rougeur, sans chaleur, sans fièvre, qui va se résorber spontanément en même temps que la sécrétion du mamelon si celle-ci existe, dans un délai de deux, trois ou quatre semaines.

Il n'y a donc pas là de signes inflammatoires, il n'y a pas là à proprement parler, de mastite, mais un simple phénomène quasi physiologique en rapport avec une poussée évolutive de la glande et probablement un mécanisme hormonal. Doit-on alors, lui garder le terme de mammite ou mastite, c'est très discutable, tout au plus pourrait-on parler de mammite congestive.

Le cadre des mastites vraies du nouveau-né s'en restreint d'autant : à côté de la fluxion mammaire fréquente et banale, la mastite aiguë, lésion inflammatoire, apparaît beaucoup plus rare — l'engorgement glandulaire en apparaît comme un état prédisposant mais n'aboutit à la mastite que dans certaines conditions : il lui faut un agent déterminant qui va être :

Soit un *facteur général* :

État infectieux comme l'érysipèle du nouveau-né, érysipèle post-vaccinal par exemple (CHASSIGNAC, STUMCKE) ;

Infection venue de la mère : « La grande source de

la suppuration c'est l'infection puerpérale ». (KIRMIS-SON) ;

Soit un *facteur local* :

Le contact irritant et infectant de langes sales — l'expression dans des conditions d'asepsie douteuse d'une glande engorgée : cette pratique a pu en effet être préconisée jadis par quelques auteurs (MACÉ, Société obstétrique 1894, BARRIER, Traité des Maladies des Enfants), la succion est même parfois employée contre la montée de lait : on conçoit aisément qu'avec de telles pratiques les germes pathogènes de la bouche ou des mains déterminent facilement une infection ascendante des galactophores — vers la même époque d'autres auteurs rejettent énergiquement de telles méthodes et insistent sur un autre facteur qu'il est assez curieux de rappeler :

En 1839 RICHARD dans son traité des maladies des enfants parle de la « pratique aveugle et ignorante dont se rendent coupables certaines matrones pleines encore d'absurdes préjugés : elles s'imaginent que le bout du sein est lié par un filet qu'il faut rompre, aussi bien que celui de la langue, que sans cette précaution l'enfant si c'est une fille, ne pourrait dans l'avenir allaiter ses propres enfants : ce prétendu fil est donc déchiré par une douloureuse torsion à laquelle succède souvent l'inflammation avec abcès. » D'autres auteurs, DUGÈS, STUMCKE, SCANZONI en parlent aussi et W. STEPHEN insiste sur le caractère exceptionnel des mastites du nouveau-né en

Ecosse où ces pratiques douteuses ne sont jamais employées.

Mais que ces deux conditions se trouvent réunies :

Celle d'un facteur prédisposant : l'engorgement physiologique;

Celle d'un facteur déterminant : en l'occurrence une infection générale ou locale.

Alors va pouvoir se constituer une mastite : mastite d'évolution toujours aiguë, avec des signes inflammatoires nets : tuméfaction, rougeur, chaleur, douleur, parfois lymphangite et parfois ganglions axillaires; elle peut évoluer de deux façons : soit se résorber simplement, soit aboutir à la suppuration. Il s'agit rarement d'un tableau alarmant et la guérison est la règle — dans certains cas de suppuration il faut craindre des séquelles : la rétraction possible du mamelon (DEPAUL) ce qui chez la petite fille compromet gravement le pronostic fonctionnel de la glande. La destruction de la glande en totalité peut se voir : la mamelle risque alors de rester atrophique au lieu de se développer à la puberté (KOLLIKER et SCANZONI); exceptionnels sont les cas où la mastite pose un pronostic vital : il s'agit le plus souvent de débiles ou de tarés : la mastite prend alors l'aspect phlegmoneux avec fusées de pus à distance, larges décollements tissulaires et mort (cas de PESTALOZZA : la *Pediatra* 1874) cette évolution restant l'exception.

Ainsi considérée cette mastite apparaît une affection

nettement inflammatoire et très peu fréquente : parlant de l'engorgement mammaire des nouveau-nés, DELBET en dit : « c'est à peine si l'on peut dire qu'il y a eu mastite : on dirait une simple exagération du travail congestif normal ». Il faut dire qu'il n'y a pas eu mastite celle-ci correspondant à une lésion inflammatoire nettement caractérisée : au contraire la fluxion mammaire qui suit la naissance apparaît un fait banal auquel il convient de donner une signification physiologique d'ordre hormonal.

MASTITES DES ADOLESCENTS.

Après cette phase critique que constituent les premiers jours de la naissance, la glande mammaire entre en repos jusqu'aux abords de la puberté. Aussi les mastites sont-elles rares pendant cette période intercalaire : COMBY, KIRMISSON en notent toutefois la possibilité.

Mais avec les premiers mois de la puberté, ou même dans les mois la précédant, la glande mammaire refait parler d'elle et la fréquence des mastites s'accroît; que se passe-t-il en effet : la glande se développe rapidement acini et galactophores prolifèrent surtout chez la fille où le sein est profondément remanié. Le garçon n'en est pas exempt : les mamelles pouvant prendre momentanément un aspect féminin et être même le siège d'une sécrétion passagère.

Cliniquement : l'un des seins, parfois les deux, devient induré : induration assez profonde et fixe, sous ou juxta mamelonnaire, douloureuse à la pression et parfois spontanément. Tout ceci n'est que phénomène physiologique chez la fille, quasi physiologique chez le garçon; et chez lui le gonflement exagéré, la douleur parfois lancinante, feront parler tout au plus d'hypertrophie douloureuse de la mamelle : il n'y a pas mastite. L'évolution se fait en règle vers la régression en quelques semaines ou mois, parfois après que plusieurs poussées se soient succédées dans l'un et l'autre sein.

Chez la fille, l'induration disparaît avec le plein épanouissement de la glande.

Chez le garçon, le sein s'efface peu à peu et la région mammaire reprend son aspect masculin normal.

La date de ces phénomènes s'échelonne sur plusieurs années, et cela suivant les individus : 8 ans et 16 ans en paraissent les dates extrêmes, 9 ans et 11 ans en moyenne chez les filles, 14 et 15 ans chez les garçons, variant avec la date de la puberté, apparaissant souvent comme prépubertaires et précédant les modifications de l'appareil génital qu'ils annoncent en quelque sorte.

Il n'y a pas eu mastite, mais la glande en réunit toutes les conditions prédisposantes : hypervascularisation, turgescence des galactophores; que survienne à ce moment précis, une cause déterminante, et la mastite, lésion infectieuse, va évoluer.

Parmi les causes d'ordre local : un traumatisme, une infection cutanée (eczéma, gale phthyriase, furoncle) seront autant de facteurs d'infection, probablement directe, par inoculation des galactophores. Parmi les causes d'infection à distance : une suppuration, telle une suppuration de la main avec adénite axillaire (obs. de LECÈNE), une furonculose rebelle agiront peut-être par voie lymphatique. Dans d'autres cas, il s'agit d'infection générale : grippe, appendicite, typhoïde, qui, nous le verrons ultérieurement, permettent, de parler d'infections mammaires par voie sanguine. La mastite devient une véritable métastase : le sein, suivant une comparaison de TELLIER, reprise par HEMPEL, se comporte en quelque sorte comme le bulbe hypervascularisé des os en croissance, au cours de l'ostéomyélite.

Ainsi constituée, la mastite évolue cliniquement sur un mode aigu avec constitution d'une tuméfaction douloureuse et empatée, accompagnée ou non d'adénopathies axillaires. Ou bien l'inflammation aboutit à la résolution ou plus souvent, évolue vers la suppuration et nécessite un drainage chirurgical; dans quelques cas on verra l'abcès évoluer en plusieurs poussées et l'infection apparaître au niveau de l'autre sein.

Ainsi considérée la mastite des adolescents apparaît bien délimitée dans sa nature lésionnelle : nettement inflammatoire, aboutissant ou non à la suppuration; dans son étiologie, réunissant un facteur prédisposant, la pous-

sée fluxionnaire de la puberté, à un facteur déterminant : l'infection secondaire.

Les infections intercurrentes viennent ainsi s'ajouter au déséquilibre hormonal de cette période pour déterminer la mastite. Fréquente en effet est la coexistence de troubles endocriniens dans les observations de mastites et FAU insistait déjà sur les troubles menstruels accompagnant les abcès du sein.

Il ne faudra donc pas se hâter de porter le diagnostic de mastite devant toute formation tumorale et douloureuse du sein adolescent et en réserver le nom aux lésions proprement inflammatoires, à vrai dire, exceptionnelles : en pareil cas il s'agira presque toujours de poussée congestive, de simple hypertrophie douloureuse de la mamelle. Certaines formes de tuberculose mammaire du jeune pourraient poser des diagnostics très délicats, la nature tuberculeuse des mastites de l'adolescence ayant d'ailleurs été parfois discutée.

MASTITES DE LA FEMME ENCEINTE.

Avec la grossesse nous voyons réapparaître, à leur plus haut degré les phénomènes locaux glandulaires qui prédisposent aux mastites.

Les transformations du sein à cette période : (augmentation de volume, développement de l'aréole et des vaisseaux périglandulaires, sécrétion de colostrum) sont peut-

être les modifications morphologiques les plus apparentes et en tous cas sont les signes les plus précoces de la grossesse.

— Et de fait, la fréquence des mastites augmente brusquement avec cette nouvelle étape physiologique de la glande puisque d'après les statistiques déjà citées, elles atteignent 5,7 % de la totalité des mastites. Elles ont d'ailleurs été connues de longue date, — VELPEAU en cite plusieurs cas et en 1850, LABORIE en dit ceci : « Les modifications que les mamelles subissent sous l'influence de la grossesse les exposent à des phlegmasies aiguës ». Successivement leur étude a fait l'objet des thèses de FRANQUET et de BOUTET, de celles de RICARD et d'AILET : il ressort de ces travaux que ces mastites sont plus fréquentes chez les primipares : il est en effet logique de penser que les modifications anatomiques du sein sont plus importantes à une première grossesse qu'elles ne seront à des grossesses ultérieures. Leurs dates correspondraient surtout au dernier 1/3 de la grossesse, leur allure clinique n'offrant par ailleurs rien de particulier.

D'évolution le plus souvent aiguë, elles peuvent rester subaiguës, lentes traînant alors sur des semaines — les causes retrouvées sont les causes de toutes les mastites :

Chez une primipare de AILET, la mastite vient compliquer une gale infectée.

Chez une autre, un abcès du sein se forme au décours d'une scarlatine. ROGER et MARGARET relate une obser-

vation de mastite chez une femme enceinte atteinte de typhoïde : scarlatine et typhoïde donnent avec prédilection des infections cutanées souvent multiples : il est intéressant de retrouver des mastites au cours de ces deux maladies infectieuses.

Mais qu'il s'agisse de causes locales ou de maladies générales la glande là encore n'a servi que de point d'appel.

MASTITES ET MENSTRUES — MASTITES ET MÉNOPAUSE.

1°) — Il n'est pas rare de noter au moment des règles chez certaines femmes des phénomènes douloureux et des signes congestifs au niveau des seins. On sait d'autre part les poussées douloureuses dont sont le siège périodiquement certaines mastopathies : l'intrication qui existe entre les modifications du cycle génital et celles de la glande mammaire débordent donc là encore les phénomènes physiologiques pour s'étendre à la pathologie. Il nous paraît intéressant de rappeler à ce propos une observation de TUEFFART, parue dans l'Union Médicale de 1872, disant l'histoire d'une femme dont tous les mois les seins étaient le siège d'une tuméfaction douloureuse et d'écoulement séro-purulent pendant plusieurs jours.

2°) — Au moment de la ménopause, la glande mammaire est encore le siège de phénomènes physiologiques et de processus d'involution : à cette date peuvent appa-

raître des mastites d'origine assez imprécises, décrites par DESMONS et probablement en rapport avec une infection générale passée inaperçue.

MASTITES DE L'HOMME ADULTE.

La glande mammaire de l'homme reste sujette aux mêmes infections que celle de la femme au moment de la naissance et de la puberté.

Il n'en est plus de même à l'état adulte : son volume réduit, sa pauvreté en tissu glandulaire et en vaisseaux lui font reprendre un rôle de second plan. Les mastites chez l'homme adulte n'apparaîtront plus que dans des conditions très limitées, celles-là mêmes qui rapprocheront la glande de la constitution du sein féminin. Ce sont les cas de gynécomastie ou du moins d'hypertrophie mammaire. Cette circonstance est beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le penser; certains auteurs tels que BRESSOT, qui en ont fait la recherche systématique (examen de conscrits ont trouvé jusqu'à 2 % de gynécomasties en dehors de tous autres désordres endocriniens. Cette fréquence en fait presque un phénomène semi-physiologique au moins chez l'adulte jeune.

La glande du gynécomaste va être un terrain tout préparé pour la mastite dont les causes occasionnelles seront toujours le traumatisme et l'infection.

Le traumatisme y joue souvent un rôle prépondérant.

C'est au moins le fait de certains traumatismes professionnels et LÉVÈQUE donne ainsi 14 observations de soldats chez lesquels le frottement des courroies, des bretelles de fusil avait pu déterminer des phénomènes douloureux de la région mammaire.

Nous retrouvons les mêmes accidents signalés dans la thèse de ROBELIN. Toutes ces observations ne mentionnent jamais de suppuration et il nous paraît difficile de trancher entre mastite vraie, ou simple poussée douloureuse chez des gynécomastes.

Dans le même ordre d'idée BRESSOT nous apporte 13 observations où le facteur étiologique n'est plus le traumatisme mais l'infection. Dans ces 13 cas il s'agit de phénomènes douloureux mammaires (dont 1/3 avec réactions ganglionnaires — ceci en faveur de l'élément infectieux) survenus à la suite de gripes graves, de poussées de bronchite ou broncho-pneumonie, enfin d'infections variées telles que : appendicites gangréneuses, plegmon périnéphrétique, pyarthrose.

Tous ces cas, répétons-le, n'ont jamais abouti à la suppuration : si quelquefois la coexistence d'adénopathie axillaire est en faveur du facteur infectieux le plus souvent il reste difficile, en l'absence d'autres preuves, de trancher entre mastite vraie, donc lésion inflammatoire, et simple poussée douloureuse chez des gynécomastes.

Pour être moins fréquente la mastite suppurée de l'homme n'en est pas pour cela exceptionnelle; on en

retrouve maints exemples dans la littérature et, là encore, le traumatisme et l'infection s'en partagent l'étiologie.

Le traumatisme est à l'origine des abcès du sein décrits par VELPEAU : traumatisme professionnel chez un jeune coutelier de 16 ans, traumatisme accidentel chez un maçon, chez un garde national des journées de juin atteint par un projectile; coup de fleuret chez un escrimeur rapporté par HORTELOUP dans sa thèse d'agrégation.

L'étiologie infectieuse est retrouvée avec une égale fréquence : un auteur moderne, Léo CRÉMONE rapporte plusieurs observations de mastites suppurées chez l'homme; l'une de ces mastites apparut au cours de l'évolution d'un abcès périanal. La cause est d'ailleurs parfois bien difficile à préciser qu'il s'agisse d'un traumatisme léger et déjà oublié, ou d'un état infectieux passager. Tel fut le cas de ce jeune malade André H..., matelot canonnier admis à l'hôpital Maritime de Brest parce que depuis 8 jours il présentait des douleurs du sein gauche bientôt suivies de l'apparition d'une tuméfaction chaude — l'incision ouvrit une poche de pus mêlé à du sang — guérison en quelques jours — pas d'examen bactériologique (observation personnelle).

En résumé : les mastites aiguës, suppurées ou non, quoique peu fréquentes, peuvent se rencontrer chez l'homme.

— Et ceci, le plus souvent, à des dates physiologi-

ques où la glande leur est un terrain favorable, (naissance, puberté).

— A l'état adulte, à la faveur de traumatismes ou d'états infectieux, leur apparition pouvant être favorisée par certaines malformations : gynécomasties, hypertrophies mammaires.

LES MASTITES AU COURS DES AFFECTIONS GENERALES

Des conditions prédisposantes lui étant fournies par l'état physiologique de la glande, la mastite, lésion d'origine infectieuse ne sera déterminée que par l'intervention d'un germe d'infection secondaire : celui-ci sera le plus souvent d'apport local — quelquefois il lui viendra d'une infection générale.

1°) — LES MASTITES DES MALADIES INFECTIEUSES.

LA MASTITE TYPHIQUE.

Longtemps ignorée cette localisation glandulaire est décrite les premières fois au siècle dernier par LEUDET et HENNING, peut-être parce que manifestation secondaire peu intéressante au cours d'une maladie grave en elle-même; la thyroïdite typhique est cependant de description classique.

Bien étudiée par DEHU et HANRIOT, par SOULIER dans leurs thèses, ces mastites typhiques sont à vrai dire

exceptionnelles puisque BERG en relève un cas sur 1.626 typhoïdes (cité dans MATHIÉ), il faut dire aussi que survenant souvent au cours de typhoïdes graves à localisations multiples, elles peuvent être inaperçues.

Leur date d'apparition est en règle la convalescence — elles surviennent exceptionnellement à la période d'état ou chez des porteurs de germes : elles ont en général une évolution aiguë et régressent par résolution simple. Quelques signes inflammatoires : des douleurs, une légère tuméfaction apparaissent au niveau d'une mamelle et vont persister pendant quelques jours. Ces mastites dites congestives par certains auteurs ont été les premières rapportées. Bien entendu elles se voient surtout chez la femme en raison des circonstances physiologiques dont nous avons parlé et chez les femmes jeunes : toutes les observations se rapportent à des âges de 15 à 42 ans et, fait important, il s'agit de malades dont le passé est souvent indemne de toute grossesse, ou en cas de grossesse indemne de tout abcès du sein.

La mastite apparaît du vingtième au trentième jour de typhoïdes qui sont le plus souvent des formes traînantes, des formes à rechute ou compliquées : la mastite évolue fréquemment en plusieurs poussées, se bilatéralise, une nouvelle poussée correspondant parfois à une rechute de la maladie (Observation de THOMAS MAC CRAE). On la trouve aussi associée à d'autres localisations glandulaires : dans l'observation de LICHTEN, rap-

portée par TAVEL, la mastite accompagnait une thyroïdite au vingt-septième jour de l'infection — dans un cas de WALLIN (In thèse SOULIER) elle évolue parallèlement à une orchite et une parotidite.

Rencontrée surtout chez la femme la mastite typhique peut survenir chez l'homme : DESTRÉE en signale deux cas et CURSHMANN, de Leipsig, l'a observée : deux fois chez des jeunes hommes.

Cette localisation mammaire est avant tout d'ordre congestif et en règle résolutive. Les cas de mastites suppurées existent pourtant et la mise en évidence, dans plusieurs observations, d'EBERTH à l'état pur dans le pus de ponction, ne peut lui faire refuser un caractère bien spécifique. Tels sont les cas de FORNACA, de DAVIS PATTERSON, de MAC CONQUEY. Une observation de HANRIOT signale une mastite suppurée à EBERTH pur chez une malade déjà atteinte de périchondrite typhique. Dans un cas de SOULIER, une femme de 33 ans, n'ayant jamais présenté d'accidents mammaires au cours de ses allaitements antérieurs, fait une typhoïde et au soixantième jour une mastite suppurée : le germe étudié se révéla être du Para B.

La spécificité de cette localisation mammaire est encore moins discutable quand on voit la mastite évoluer chez des porteurs de germes. — DYKE et OXON relatent l'histoire d'une femme de 30 ans chez laquelle un abcès du sein droit évolua à bas bruit pendant plusieurs semai-

nes — la culture révéla de l'Eberth à l'état pur : en fouillant le passé récent de cette malade ils trouvèrent à un an de distance un état infectieux mal défini; — le séro-diagnostic était négatif, les urines stériles à la culture.

MAC CONKEY cite 4 cas tout comparables d'une mastite suppurée à Eberth survenue chez une convalescente de typhoïde 8 mois après la guérison.

D'autres germes peuvent néanmoins être en cause : le staphylocoque doré comme dans les observations de DESTREE et de CURHMANN; le staphylocoque blanc dans un cas de MAC CRAE.

Quoiqu'il en soit ces identifications bactériologiques permettent de conclure :

— Que dans certains cas il est difficile de refuser le caractère spécifique aux mastites de la typhoïde;

— Que d'autres fois celles-ci n'apparaissent que les produits d'une infection secondaire au même titre que les autres suppurations de la typhoïde;

— Enfin que ces mastites typhiques amènent à reconnaître outre, les deux voies classiques (canaliculaire — lymphatique) : une troisième pathogénie aux infections du sein, la *voie sanguine métastatique*.

LA MASTITE OURLIENNE.

Les oreillons qui sont pourtant riches en localisations glandulaires, ne touchent les mamelles que d'une façon

exceptionnelle et encore, comme la parotidite et l'orchite, la mastite ourlienne ne suppure-t-elle jamais.

Sa fréquence est diversement interprétée. TROUSSEAU parlant des complications des oreillons en dit ceci : « Les métastases chez la femme se font principalement sur les mamelles. « On retrouve la même opinion plus tard chez RIZET — VARIOT au contraire, parmi les localisations glandulaires de l'affection décrit l'orchite, cite l'ovarite mais ne parle pas de mastites; et de fait, cette éventualité semble rare : au cours d'une épidémie ayant atteint un collège de jeunes filles, à Kiew en 1902, on put noter (NAUDIN) sur 33 cas d'oreillons, 13 ovarites dont 8 chez des adolescentes, 5 chez des fillettes non pubères : il n'y eut aucun cas de mastite observé.

Cette localisation des ourles au niveau de la mamelle est pourtant un fait très anciennement connu : en 1775 HAMILTON disait des oreillons : « I don't remember one instance of the mammae being affected — I have however heard of the circumstance... ». Et en 1812, TRÉNEL y consacrait sa thèse. Plus tard, ROCHARD en 1857, OZANAM dans son Histoire des Maladies Epidémiques signalent la possibilité de mastite. Depuis RIZET, BOUTELLER, LEMARCHAND, COMBY, et récemment NAUDIN lui ont consacré des études détaillées.

LA MASTITE OURLIENNE apparaît du cinquième au sixième jour de la maladie, rarement plus tardivement (quinzième jour) : intéressant l'un des seins et parfois

les deux, d'emblée ou successivement, elle se traduit avant tout par une symptomatologie fonctionnelle : douleurs, élancements de la région mammaire, parfois apparition d'une tuméfaction sans qu'il y ait jamais d'adénopathie satellite — par contre, un réveil des signes généraux, une reprise de la température accompagnent assez souvent son apparition. Chez quels sujets se voit-elle : chez la femme surtout, femmes adultes (une observation de TRÉNEL chez une femme enceinte), ou jeunes filles après la puberté. Elle est plus rare chez l'enfant — RIZET cite pourtant le cas d'un enfant de 5 ans et ceux de 3 jeunes garçons atteints pendant la même épidémie. L'homme n'en est pas exempt : RIZET en donne deux observations, KHASILEV rapporte aussi deux cas survenus chez des soldats dont une observation où la mastite est apparue après que le malade ait fait successivement une parotidite et une orchite. L'évolution est d'ailleurs toujours la même : éminemment bénigne, sa durée ne dépasse pas 8 à 10 jours et tous les signes rétrocedent rapidement.

L'affinité du virus ourlien pour le tissu glandulaire est donc bien un fait général et l'existence de mastites suffit à montrer que le sein n'en est pas exempt.

LA MASTITE DE LA FIÈVRE DE MALTE.

Nous en avons trouvé l'éventualité citée dans les traités classiques sans avoir pu retrouver de références pré-

cises — il n'en est pas moins intéressant de rappeler que la mélitococcie présente, elle aussi, certaines affinités pour le tissu glandulaire et que si l'orchite mélitococcique fait partie des descriptions classiques, la possibilité de mastite valait la peine d'être soulignée.

LA MASTITE ET LA VARICELLE.

Il existe une observation de mastite survenue dans l'évolution d'une varicelle (SABRAZÈS cité par MATHIÉ) — en l'absence d'autres cas il est permis de penser que la varicelle n'a peut-être joué d'autre rôle que de déterminer des infections cutanées et par là même l'inoculation de la glande ce qui est fréquent dans les lésions dermatologiques du sein.

Par contre, nous n'avons trouvé aucun exemple de mastite au cours de la variole, affection qui détermine des atteintes glandulaires, en particulier des orchites varioliques de description classique.

LA MASTITE ET LA SCARLATINE.

On trouve dans la littérature plusieurs observations de mastites survenues au décours de scarlatine sans que l'on puisse établir de rapports précis entre les deux affections : une observation de MORESTIN nous montre une jeune fille de 16 ans convalescente de scarlatine, faisant un abcès du sein gauche à staphylocoques (l'auteur invoque d'ailleurs la possibilité d'un traumatisme).

— Une accouchée de DEVRAIGNE (Observation de AILET), multipare de 28 ans, contracte une scarlatine au premier mois de sa grossesse ; 3 mois après elle fait une mastite suppurée sans causes évidentes.

A vrai dire l'éventualité de suppurations variées et souvent multiples est un fait bien connu au cours de la scarlatine.

LA MASTITE DU PALUDISME.

Les mastites ont été décrites au cours du paludisme chez l'homme comme chez la femme : GREENFELD rapporte l'observation d'une jeune fille de 17 ans atteinte de tierce bénigne : au décours de l'affection se développe une mastite aiguë qui traitée par l'atébrine rétrocede rapidement. D'autres auteurs ont insisté sur ce fait : en particulier DE BRUN qui rapporte 2 cas de mastites survenues chez des femmes syriennes. CARNOT et BRUYÈRE en décrivent 5 observations chez des soldats de l'armée d'Orient.

L'action du traitement spécifique sur l'évolution de ces mastites est intéressante à souligner.

LA MASTITE ET L'INFECTION PUERPÉRALE.

Cette éventualité existe, en dehors de toute étiologie d'allaitement : étudiée par COHN et ESCUERICH, la mastite apparaît comme liée à l'infection générale elle-même et BAUMGARTNER en dit : « Je crois que la mastite puer-

pérale doit s'entendre comme la mastite ourlienne et la mastique typhique, à savoir : la localisation sur la glande mammaire d'une infection puerpérale et comprendre une infection d'origine sanguine ».

Il est curieux de rappeler une opinion de HERVIEUX à ce sujet; l'auteur en fait de véritables abcès diathésiques du sein pouvant prendre tous les caractères des abcès du sein survenant chez la nourrice sans qu'aucune des causes habituelles à ceux-ci : fissures, gerçures, etc..., puisse être retrouvée. Il leur accorde une valeur pronostique et dit que l'installation de la suppuration, au même titre que la prise d'un abcès de fixation, est toujours le signal d'une détente dans l'état général et permet un pronostic moins sombre.

2°) — LES MASTITES AU COURS DE CERTAINS ÉTATS INFECTIEUX.

Tout état infectieux quelqu'il soit peut devenir la cause déterminante d'un abcès du sein. Si dans certains cas l'hypothèse d'une inoculation locale peut être mise en avant (la mastite se faisant alors par voie canaliculaire ascendante comme celle de l'allaitement) dans d'autres cas au contraire la mastite est indubitablement une inoculation sanguine et prend l'aspect de métastase.

LES MASTITES DANS LES STAPHYLOCOCCIES.

Les mastites sont fréquentes au cours de ces staphylococcémies atténuées que constituent les furonculoses rebelles : TELLIER décrit une mastite à staphylocoques dorés survenue après furonculose généralisée chez une fillette de 14 ans. — une petite malade de MONDOR (In Plassat) âgée de 16 ans est atteinte de furonculose rebelle : elle fait une mastite qui coïncide avec l'apparition de ses premières règles.

Dans d'autres cas la mastite apparaît véritablement comme une localisation secondaire au cours d'une septicémie à staphylocoques. L'observation suivante de MELCHIOR (BRESLAU) en fournit un bel exemple : un sujet fait après une intervention dentaire une ostéomyélite du maxillaire inférieur : des foyers métastatiques apparaissent, en particulier un abcès de la cuisse dont la culture donne du staphylocoque doré; peu après des douleurs et des signes inflammatoires apparaissent au niveau du sein gauche et la suppuration s'établit donnant elle aussi du staphylocoque doré.

Mais le staphylocoque n'est pas toujours l'agent de l'affection en cause il apparaît alors comme germe de surinfection ou peut-être germe de sortie et nous avons vu ci-dessus plusieurs exemples de mastites à staphylocoques survenir au cours des deux maladies infectieuses qui

donnent le plus volontiers des suppurations multiples : la typhoïde et la scarlatine.

On voit donc qu'au cours des staphylococcies, s'il est des cas où la mastite peut s'expliquer par une banale infection ascendante et peut-être une transplantation locale (nous retrouverons les furoncles dans les causes locales des mastites) — dans certains cas au contraire l'inoculation par voie sanguine ne peut-être mise en doute : la mastite apparaît d'origine métastatique, au même titre que l'ostéomyélite, le phlegmon périnéphrétique ou l'abcès de la prostate survenus après un furoncle banal souvent très éloigné et parfois même oublié.

LES MASTITES DANS LES STREPTOCOCCIES.

Leur étude est moins facile à individualiser : si la possibilité d'inoculation sanguine de la mamelle par le streptocoque apparaît plausible à la lumière des faits précédents, ce germe est un hôte trop habituel des galactophores pour que l'on puisse trancher avec certitude.

Il n'en demeure pas moins que l'érysipèle, infection spécifiquement streptococcique, a pu apparaître comme une grosse cause des mastites des nouveau-nés : c'était en effet l'infection des maternités et des crèches au siècle dernier et nous en trouvons maints exemples dans la thèse de MOIZARD : l'inoculation directe de la mamelle par le streptocoque de la peau suffirait d'ailleurs à en expliquer la genèse.

LES MASTITES DANS LES GONOCOCCIES.

Quoique exceptionnelle, la mastite à gonocoque est signalée par BUMM et SEIFERT : un nouveau-né de quelques jours né de mère blennorragique fait une mastite suppurée à gonocoques. A l'inverse l'ophtalmie du nouveau-né est signalée par LEGRY comme facteur d'abcès du sein à gonocoque chez la nourrice; l'éventualité où la mastite apparaît primitive est beaucoup plus intéressante : une malade présentant des abcès fistulisés des deux seins qu'accompagnent de gros signes généraux fait discuter aux auteurs (DARGET, NOGUIER, BOILEAU) un état typhique, ou une staphylococcémie. Pendant deux mois des poussées fébriles se succèdent surtout marquées aux règles. L'examen du pus montra du staphylocoque et du gonocoque associés; la malade était atteinte d'urétrite.

Une malade de OXLEY, enceinte de 7 mois fait un abcès du sein dont elle rend responsable un traumatisme : le prélèvement fait, montra du gonocoque. A noter que cette femme présentait une urétrite et une métrite blennorragique.

Que conclure de ces observations disparates : dans certains cas l'infection canaliculaire par transport du germe (mains — linges) paraît la plus vraisemblable. Dans d'autres cas le caractère aigu de la blennorragie, l'existence de signes généraux peut faire discuter une inoculation sanguine favorisée chez l'une par la coexistence des règles, chez l'autre par le traumatisme.

LES MASTITES DANS LES PNEUMOCOCCIES.

Des abcès du sein à pneumocoques peuvent se voir au décours de pneumonies : une malade de MERCIER (cité par BAILLIU) fait un abcès à pneumocoques : et cela 18 ans après sa dernière grossesse. De même JOHN F. ERDMANN signale un cas de mastite double à pneumocoques survenue dans la convalescence d'une pneumonie 5 ans après une grossesse. Nous rapportons ultérieurement l'observation d'un abcès torpide à pneumocoques apparu sans qu'aucune cause précise ait pu être précisée.

LES MASTITES DE LA GRIPPE.

La grippe, surtout dans ses formes compliquées qui donnent souvent des suppurations, peut-être à l'origine de certaines mastites : CASTAGNA a observé une mastite bilatérale survenue après influenza. Une observation de VERDELET nous montre un abcès du sein à staphylocoque se déclarer au neuvième mois d'un allaitement à la faveur d'une grippe. D'autres auteurs décrivent chez l'homme des mastites post-grippales : un malade de LÉVÈQUE présentait une grippe avec complications d'endopéricardite. C'est également au cours de gripes graves que sont survenus les trois cas de mastites de BRESSOT. Ces dernières observations concernent des mastites n'ayant pas évolué vers la suppuration mais ayant abouti

LES MASTITES AU COURS DES INFECTIONS PLEURO-PULMONAIRES.

Certaines infections pulmonaires ou pleurales peuvent être le point de départ de complications mammaires : dans une observation de COSTEODAT on voit un jeune soldat, atteint de dilatation des bronches faire 4 poussées successives marquées par une bronchorrhée fétide et abondante et des signes au niveau de son lobe supérieur droit : une mastite non suppurée coexista avec la deuxième et troisième poussée.

C'est au cours d'une bronchite qu'un autre soldat de LÉVÈQUE présenta une mastite non suppurée bilatérale.

Dans le même ordre d'idée BRESSOT cite les broncho-pneumonies de la rougeole et 5 observations de mastites chez des tuberculeux chroniques ayant accompagné des poussées de broncho-pneumonies. Ces faits cliniques sont d'ailleurs bien connus et LECÈNE (cité par MOULONGUET) invoque une irritation nerveuse de continuité des plexus sous-mammaires.

3°) — LES MASTITES AU COURS DE FOYERS INFECTIEUX A DISTANCE.

Un abcès du sein peut survenir comme métastase des foyers infectieux les plus variés : une observation de

PLASSAT montre une jeune fille faisant un abcès du sein après furonculose—la même avait fait à 6 ans une appendicite puis une pyélonéphrite et une mastite. — BRESSOT cite également le cas de mastites après appendicites gangréneuses, après phlébites et phlegmons périnéphrétiques. Une autre de ses observations concerne une mastite survenue après une arthrite purulente à streptocoques; plus récemment un malade de LÉO CRÉMONE fait une mastite suppurée après un abcès périanal.

Comme on le voit les infections les plus variées, qu'il s'agisse de maladies générales ou de suppurations localisées, apparaissent comme le point de départ, sinon la cause même de certaines mastites. On ne peut toujours éliminer catégoriquement la possibilité d'infection canaliculaire — et celle-ci peut expliquer la genèse de mastites, bactériologiquement très variées : gonococciques, et même diphtériques comme dans un cas de TAPFER, d'INNSBRUCK (abcès de la nourrice à bacille de LOEFFLER après coryza diphtérique du nourrisson).

Dans les autres cas ou bien la mastite est une infection secondaire et non spécifique qui pourrait faire invoquer le rôle de « germes de sortie »; ou bien la mastite apparaît spécifique prenant la valeur d'une métastase et permettant d'affirmer la pathogénie sanguine de certaines affections du sein.

MASTITES ET AFFECTIONS LOCALES

Deux grosses causes se partagent les mastites d'origine locale :

- 1°) Les lésions dermatologiques de la glande mammaire;
- 2°) Les traumatismes.

Là encore, certaines prédispositions tenant à la glande elle-même sont à retenir : outre les phénomènes congestifs dont elle peut être le siège à certains moments, le volume, la ptose des seins de certaines femmes obèses, la gynécomastie ou l'hypertrophie mammaire de l'homme exposeront plus facilement la mamelle aux lésions de la peau comme aux traumatismes.

Ce sont d'ailleurs les étiologies les plus anciennement retenues par les auteurs à l'origine des mastites survenant en dehors de l'allaitement.

Parmi les lésions cutanées, les dermatoses parasitaires sont une source d'infection. MOIZARD insiste sur la gale, LEFEBVRE relate l'histoire d'une femme enceinte atteinte d'acarirose : un abcès du sein évolue chez elle à la suite

de lésions de grattage. De même une primipare de AILET atteinte de gale fait un abcès du sein droit.

La phthyriase est incriminée au même titre en raison du prurit et des érosions de la région mammaire qu'elle peut entraîner.

Les autres dermatoses, si fréquentes dans cette région : eczéma, intertrigo des plis sous-mammaires seront autant de portes d'entrée à l'infection cutanée. Les pyodermites, l'acné des jeunes, les furoncles du sein, la folliculite de la région périaréolaire seront d'autres modes d'inoculation et une autre observation de LEFEBVRE montre une jeune fille de 18 ans, qui après avoir écorché un petit bouton du sein droit, fait un abcès 6 semaines après.

L'infection cutanée peut être aussi secondaire à l'application de vésicatoires : le cas est relaté par CHASSAIGNAC; il s'agit aussi de mouches de MILAN dans les observations plus récentes de VIGNARD et LERAT.

On voit combien sont variés les points de départ cutanés de l'infection : celle-ci gagne la glande soit par voie canaliculaire, soit peut-être par infection lymphatique; ce sont les deux pathogénies admises classiquement.

Le traumatisme est sans contestation une autre cause déterminante des abcès du sein. Malgré la trop grande fréquence avec laquelle, à l'origine d'une affection, les malades invoquent habituellement le traumatisme, le caractère précis de certaines observations oblige à lui donner toute sa valeur.

Certains traumatismes sont d'origine professionnelle : c'était le cas de certaines ouvrières à l'époque déjà révolue des corsets solidement baleinés ce facteur en effet est incriminé par PHOCAS, par LUCAS CHAMPIONNIÈRE, par CHASSAIGNAC. Certains mouvements, toujours les mêmes favorisent les petits traumatismes répétés et HEMPEL signale la plus grande fréquence des mastites à droite. Plus récemment D'ANNA a insisté sur ces mastites professionnelles.

Et si la mode actuelle a supprimé ce facteur de mastite qu'était le corset, il n'en reste pas moins que les seins volumineux et ptosés des femmes obèses seront plus que d'autres exposés aux traumatismes comme aux infections cutanées. Dans d'autres cas il s'agit d'adolescentes ou d'adultes jeunes qui à la faveur d'un traumatisme souvent minime, font des mastites peut-être favorisées par l'état de congestion du sein. (Observation de VELPEAU : abcès du sein chez une jeune fille de 19 ans — observation de BROCA : abcès du sein chez une enfant de 14 ans 1/2 au moment des règles et après traumatisme).

Beaucoup plus rares chez l'homme, ces mastites traumatiques sont encore relativement fréquentes, l'homme étant plus que la femme, exposé à des traumatismes nombreux et variés. VELPEAU dans son Traité des Maladies du Sein, HORTELOUP, MOIZARD en ont rapporté maints exemples. KIRMISSON nous ramène avec l'observation d'un gamin de 13 ans aux mastites traumatiques favorisées

par la puberté : il est de fait que ce sont surtout les jeunes gens que l'on voit présenter des mastites et les chirurgiens militaires (LÉVÊQUE) ont bien étudié cette question.

Beaucoup de mastites traumatiques ne passent pas à la suppuration : elles ne se traduisent que par une induration localisée et douloureuse qui se résorbe en quelques semaines. D'autres nous l'avons vu aboutissent à la formation de véritables abcès : par quel mécanisme ? — il est plausible de penser à la formation initiale d'un hématome qui suppurera ensuite par infection secondaire, et les constatations faites à l'incision permettent de dire que c'est un cas fréquent. Dans sa thèse MATHIÉ cite un cas d'hématome suppuré. Dans notre observation, relatée ci-dessus, de mastite suppurée chez l'homme, l'incision de la poche avait montré un mélange de pus et de sang : il ne s'agissait vraisemblablement que d'un hématome surinfecté.

En dehors de ce mécanisme, il est permis de penser que le simple fait du traumatisme peut réaliser un point d'appel à l'infection, tout comme la seule injection huileuse et stérile, chez un typhique, peut-être le point de départ d'une suppuration à Eberth. Rappelons encore que le sein contient en lui-même les germes suffisant à cet apport infectieux : le lait de femme, avant même tout allaitement, comme les sécrétions lactescentes du nourrisson et de l'adolescent, n'est pas un liquide stérile mais renferme de façon constante du streptocoque et du

staphylocoque (KOSTLIN). Ne voilà-t-il pas de quoi expliquer suffisamment les suppurations secondaires aux traumatismes.

Telles sont les mastites aiguës de causes locales, soit infectieuses soit traumatiques, on voit que l'inoculation canaliculaire ou lymphatique les explique parallèlement.

Ainsi considérées les mastites aiguës présentent des signes inflammatoires nets en général, sont d'un diagnostic facile, d'une évolution banale et n'ont d'autre intérêt que de faire établir :

Que l'allaitement n'est pas tout dans la genèse des abcès du sein;

Que l'infection, outre les deux pathogénies classiques : canaliculaire et lymphatique, — peut emprunter une troisième voie d'inoculation : la voie sanguine qui fait de certaines mastites des véritables métastases.

LES MASTITES SUBAIGUES

Toutes ces mastites aiguës que nous venont de passer en revue, n'ont d'autre intérêt que leur étiologie — pour le reste : signes, évolution, diagnostic, elles se confondent avec l'abcès banal de la nourrice. Il n'en est plus de même dans certains cas où la mastite survient sans cause évidente, évolue à bas bruit, de façon torpide.

Tandis que dans la mastite aiguë les signes fonctionnels : douleurs, élancements — prenaient d'abord le pas; dans ces mastites subaiguës les signes tumoraux sont souvent les premiers en date et, partant soulèvent des diagnostics difficiles.

Des observations que nous relatons ci-dessous, quatre ont abouti à la résolution, (1) trois autres ont évolué vers la suppuration : l'allure clinique est cependant toujours la même.

OBSERVATION I

Mme C., 40 ans, mère de 4 enfants, dont le dernier a 10 ans. A son premier accouchement elle a essayé de nourrir elle-même son enfant. Lactation insuffisante, ter-

(1) Prof. HARDOUIN. — Concours Méd. 29 mai 1938.

minée deux semaines plus tard par un abcès incisé au bout de quelques jours. Guérison rapide.

Depuis lors, n'a jamais rien présenté d'anormal du côté du sein, et a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a quinze jours, Mme C... a découvert dans son sein gauche au niveau du quadran supéro-externe, une petite tumeur des dimensions d'une noisette. Quelques jours plus tard, cette glande paraissait avoir augmenté de volume et je suis demandé en consultation.

Je constate la présence d'une petite masse dure intraglandulaire mal limitée peu mobile avec légères adhérences à la partie profonde de la peau. Pas de douleurs spontanées, mais un peu de sensibilité à la pression. Quelques petits ganglions sans caractères dans le creux de l'aisselle. Je porte le diagnostic de cancer probable, et je fais pressentir à l'entourage la nécessité d'une intervention qui est décidée en principe.

Une dizaine de jours plus tard, je suis rappelé chez ma malade. Elle me montre, cette fois sur le sein droit, une nouvelle tuméfaction en tous points semblable à la précédente, mais de dimensions moindres. Comme j'avais palpé ce sein lors de mon précédent examen, j'avais la certitude du développement rapide de cette seconde tumeur. D'autre part, la première lésion du sein gauche semblait avoir un peu régressé.

Je modifie donc immédiatement mon diagnostic et j'affirme la nature inflammatoire de l'affection. Pansement compressif et pommade mercurielle.

Tout a rapidement disparu et la malade n'a jamais rien présenté d'anormal dans les seins depuis cette époque déjà lointaine.

OBSERVATION II

Mme G..., 43 ans, a eu 4 enfants dont le dernier a 15 ans. N'a jamais allaité. Très bonne santé habituelle. Son observation est presque identique à la précédente. Mme G... s'aperçoit un jour qu'elle présente dans le sein gauche au-dessus et en dehors du mamelon une grosseur des dimensions du bout du doigt qu'elle a remarquée par hasard en faisant sa toilette.

A l'examen je note que cette petite tumeur est dure, irrégulière et fait corps avec la glande. Elle a contracté quelques adhérences avec la partie profonde de la peau, Pas de ganglions notables. La palpation est un peu douloureuse. Après quelques hésitations, et la malade me déclarant que la tuméfaction est de date toute récente, je me contente de prescrire des pansements humides chauds avec légère compression, et je demande à revoir la malade dans une quinzaine de jours.

A cette date, je suis avisé que la grosseur a presque totalement disparu. Actuellement, dix ans après cet incident, Mme G... est toujours en parfaite santé.

OBSERVATION III

Mme G... entre dans mon service le 17 mai 1937. Elle est âgée de 34 ans et a toujours joui d'une santé parfaite. Deux accouchements normaux le dernier en août 1935, pas d'allaitement.

Il y a huit mois, elle a ressenti à la partie inférieure du sein gauche quelques picotements, auxquels elle n'a pas

attaché d'importance. Depuis un mois seulement elle s'aperçoit de la présence au même endroit, d'une petite tuméfaction. Son médecin consulté lui conseille l'application de quelques pommades, puis l'envoie dans mon service. A son arrivée, à quelques centimètres au-dessous du mamelon une petite tumeur, dure, irrégulière, qui fait corps avec la glande, peu douloureuse cependant. Une pression forte réveille de la sensibilité. En outre il existe un peu d'œdème à la périphérie. La peau est légèrement infiltrée. Aucun écoulement par le mamelon. Pas de ganglions axillaires.

Le diagnostic est douteux. Je fais pratiquer des pansements humides chauds avec compression. La tumeur diminue progressivement et finit par disparaître en trois semaines environ.

OBSERVATION IV

Mlle X..., 51 ans, a été opérée par moi d'un cancer du sein gauche il y a dix ans. Aucune récurrence depuis cette date.

L'an dernier elle vient me trouver très angoissée, car elle s'est aperçue que dans le sein droit restant, à la partie supéro-interne et près de l'aréole, il s'était développé une petite tumeur.

A l'examen, je note en effet un petit nodule dur, des dimensions d'une petite noisette développé dans la glande. Pas d'adhérences à la peau, pas de ganglions. Douleur légère à la pression.

Diagnostic hésitant au début; le passé de la malade

me faisant craindre l'apparition d'un nouveau cancer du sein. Cependant cette personne très soignée n'a constaté la présence de la tumeur que depuis quelques jours, et elle a noté un accroissement rapide.

Je conseille l'application d'une pommade et un peu de compression. Tout disparaît dans une quinzaine de jours.

Cette année, nouvelle poussée subaiguë à la partie supéro-externe du sein. Même traitement et même guérison rapide.

A noter que depuis de longues années, cette femme présente des règles irrégulières, très douloureuses et abondantes.

OBSERVATION V (Docteur POULIQUEN)

Madame D..., 45 ans, nous est adressée en 1932 pour tumeur du sein droit, on constate à l'examen l'existence d'une masse du volume d'une grosse noix siégeant au-dessus et en dehors du mamelon; cette masse est indurée, assez mal délimitée sans toutefois présenter d'adhérence à la peau; il n'y a pas de rétraction du mamelon. On trouve dans l'aisselle quelques petits ganglions sans grandes caractéristiques.

Cette femme n'avait pas présenté de grossesse depuis plusieurs années et l'apparition récente de cette tumeur dure, mal délimitée, peu mobile, nous ayant fait porter le diagnostic de tumeur vraisemblablement maligne, l'opération est décidée.

Le jour de l'intervention, alors que la malade était

déjà sur la table d'opération nous procédons à un dernier examen : la palpation de la tumeur réveille soudain un peu de sensibilité, ce fait seul nous amène à revenir sur notre premier diagnostic et nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'abcès.

En fait l'incision de la tumeur révèle bien l'existence d'une poche collectée et évacue un pus épais vert pistache dont l'examen bactériologique n'a pu malheureusement être fait.

La guérison obtenue fut après quelques jours.

OBSERVATION VI (Docteur POULIQUEN)

Mademoiselle N..., 25 ans, vient nous consulter en 1938 pour tumeur du sein droit.

Le sein est très augmenté de volume, induré dans sa partie externe, sensible à la palpation. Il n'existe pas de fluctuation, pas de rétraction de la peau au niveau de la tumeur, une légère rétraction du mamelon et surtout de gros ganglions axillaires : au premier abord nous pensons à une tumeur maligne.

Mais la malade ne revient pas et nous apprenons à quelques temps de là, qu'elle a été voir un de nos confrères et que celui-ci ayant perçu un point de fluctuation a incisé et drainé un abcès qu'il pense être de nature bacillaire. La malade ne lui est d'ailleurs pas plus fidèle qu'à nous-même et consulte successivement 2, puis 3 médecins de la ville.... pour nous revenir finalement un mois après : son sein est redevenu de volume normal, il n'y a plus d'adénopathie mais il persiste un trajet fistuleux

de la cicatrice d'incision au dessus du mamelon : nous proposons un curettage de la fistule mais la malade disparaît à nouveau.

Plusieurs mois après, nous apprenons par hasard qu'elle vit à Angers complètement guérie.

OBSERVATION VII (Docteur POULIQUEN)

Madame G..., 23 ans, a accouché en décembre 1937; elle n'a pu nourrir son enfant malgré des tentatives répétées. En juillet 1939 cette jeune femme dont le passé est indemne de tout autre antécédent constate l'apparition d'une tuméfaction indurée dans son sein gauche. Elle n'en souffre pas jusqu'au mois d'août mais à ce moment quelques picotements l'amène à consulter son médecin. Celui-ci pensant à un adénome lui conseille l'intervention. Nous avons examiné la tumeur à cette occasion et constaté qu'il s'agissait d'une petite masse indurée, arrondie mobilisable mais pas autant que ne l'est habituellement l'adénome. On ne pouvait parler d'adhérence mais le mamelon était un peu rentré par rapport au mamelon droit et les tissus superficiels n'étaient pas non plus aussi mobiles que ceux de l'autre côté. Fait important et qui devait attirer notre attention : la palpation était légèrement douloureuse. Dans l'aisselle des ganglions nettement perceptibles mais peu volumineux.

Devant cette petite tumeur indurée, peu mobilisable, s'accompagnant d'adénopathies, c'est son caractère douloureux qui nous a fait penser à la possibilité d'un abcès. L'incision donna issue à une petite quantité (15 gr.) d'un

pus bien lié et logé au centre de tissus indurés. L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait de pneumocoques, la recherche du B. K. resta négative. Guérison sans séquelles.

Comme on le voit d'après ces quelques cas, la mastite subaiguë survenant en dehors de tout allaitement, chez des femmes dont le passé est souvent vide non seulement d'accidents de lactation mais encore de toute grossesse, se présente aux premiers examens comme une tumeur du sein unilatérale, isolée, sans rien dans l'autre sein ce qui la met bien à part de la mastite chronique. La douleur spontanée est en règle absente : il s'agit tout au plus de sensibilité et celle-ci peut passer inaperçue à la palpation. Il n'y a pas de modifications des téguments, pas d'adénopathie axillaire ou si elle existe rien ne peut faire dire adénopathie d'origine inflammatoire. Il n'y a pas de signes généraux et ce n'est pas non plus l'évolution traînant sur des semaines ou des mois qui peut amener à faire la preuve de la mastite.

Tumeur du sein, d'apparition récente, sans commémoratifs avec une absence ou un minimum de signes inflammatoires, les caractéristiques de la tuméfaction augmentent encore les difficultés du diagnostic. Car c'est une tumeur souvent irrégulière, souvent indurée, se mobilisant mal, sans délimitation nette : si ces signes font éliminer la

possibilité d'une tumeur bénigne, adénome par exemple, ils ne font par ailleurs qu'augmenter le doute en faveur d'une tumeur maligne et la découverte de quelques petits ganglions dans l'aisselle correspondante, sans caractères bien nets, vient encore accroître la confusion. C'est en effet le diagnostic de cancer du sein au début qui se présente logiquement à l'esprit et nous pourrions citer plusieurs cas où l'éventualité d'une amputation a pu être mise en avant, et à juste titre, alors qu'il ne s'agissait que d'un abcès.

La mastite subaiguë apparaît d'un diagnostic différentiel important avec le cancer, diagnostic qui est à peine envisagé dans les traités classiques. Sur quoi pourrait-on se baser pour trancher :

Sur les signes physiques, assurément pas, les caractères de la mastite subaiguë étant en tous points comparables à ceux d'un cancer au début.

Sur les signes fonctionnels, en particulier la douleur; celle-ci suffirait à trancher — malheureusement elle est souvent absente ou minime : la sensibilité de la tuméfaction reste malgré tout le meilleur signe différentiel quand elle peut être mise en évidence. Nous avons vu que dans un cas c'est ce seul signe qui a fait réviser le diagnostic alors que l'on allait pratiquer l'amputation du sein.

Sur l'évolution : en faveur du cancer on notera l'apparition déjà ancienne de la tumeur, son développement

progressif. En faveur de la mastite son début plus récent et l'accroissement plus rapide de la tuméfaction.

Evidemment à notre époque on ne se contente plus du seul examen clinique pour poser le diagnostic de cancer : la transillumination du sein, la BIOPSIE surtout, rendent de grands services. En fait on sait les réserves qu'il faut apporter à cette dernière investigation ; la biopsie extemporanée est la seule acceptable : elle demande un matériel très spécial et du personnel entraîné, elle est inutile, nous le verrons, en matière de mastite.

En nous plaçant dans le cadre de la pratique courante, la PONCTION ASEPTIQUE de la tuméfaction en retirant un peu de pus, nous paraît être un très bon examen. Et surtout puisque l'on a décidé la malade à l'intervention, l'incision de la tumeur sur la table d'opération, en fera la preuve : incision suffisante à la guérison s'il s'agit d'une mastite — incision légitimant l'amputation dont elle n'aura été que le premier temps s'il s'agit de cancer.

La mastite subaiguë pose d'autres diagnostics que celui de cancer. L'éventualité d'une tuberculose mammaire doit être soulevée surtout chez des individus jeunes ; tuberculose dans sa forme confluente réalisant un véritable abcès froid de la glande.

Les mastites syphilitiques, dans leurs formes gommeuses, seront aussi discutées : comme le cas de cette jeune malade de DESCLAUX qui allait être opérée pour cancer du sein. Il s'agit là de lésions proprement spécifi-

ques que nous avons éliminées du cadre des mastites ainsi que d'autres diagnostics exceptionnels : sporotrychose, actinomycose qui pourraient être discutées en présence de tumeurs fistulisées de la mamelle.

Nous voyons donc les difficultés diagnostiques capitales que peut soulever dans certains cas cette affection banale que paraît être la mastite et quelle marge pronostique est laissée au praticien dans ses investigations : négliger une néoplasie au début, affoler une malade par l'idée d'amputation alors qu'il ne s'agit peut-être que d'un abcès. Il nous a semblé utile d'insister sur le diagnostic différentiel de ces mastites subaiguës que l'on pourrait appeler PSEUDO-TUMORALES. Le meilleur test reste encore comme le dit LECÈNE : (« l'incision franche au bistouri de la tumeur avant de décider l'amputation — l'écoulement du pus et les caractères anatomiques de la paroi de l'abcès ne laisseront aucun doute sur le diagnostic exact. »)

CONCLUSIONS

I. — L'allaitement ne doit pas être considéré comme résumant à lui seul toute l'étiologie des mastites : il ne fait que réunir les conditions les plus propres à leur apparition. Pour les mêmes raisons la naissance, la puberté, la grossesse ont aussi leurs mastites.

II. — Le terme de MASTITE PUERPÉRALE doit être réservé aux complications mammaires de l'infection puerpérale : les mastites de la grossesse, de l'allaitement, de l'infection puerpérale répondant à des étiologies très différentes.

III. — L'existence de mastites au cours de certains états infectieux : typhoïde, où l'on trouve des abcès en culture pure d'Eberth — oreillons dont on connaît l'affinité spéciale pour le tissu glandulaire, — fait de ces localisations des mastites spécifiques et en tous cas permet de souligner une pathogénie nouvelle des mastites : l'inoculation de la glande par VOIE SANGUINE.

IV. — Certaines formes de mastites à évolution subaiguë se présentant avec une allure PSEUDO-TUMORALE,

méritent d'être précisées car elles peuvent poser un diagnostic difficile avec le cancer du sein au début : les meilleurs tests en sont : la douleur ou la sensibilité de la mastite car le cancer est toujours indolore, l'incision chirurgicale de la tumeur avant de faire l'amputation du sein.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
CUNEO

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AILET. — Les mastites de la grossesse. (*Thèse Paris* 1909).
- ANNA (d'). — Les mastites professionnelles (*La Clinica Chirurgica*, 1910).
- BAUMGARTNER. — Maladies de la mamelle. (LE DENTU et DELBET).
- BAILLIU. — Les abcès subaigus du sein. (*Thèse de Lille* 1917).
- BOUTEILLIER. — Des oreillons et de leurs métastases chez la femme.
- BRESSOT. — De l'étiologie infectieuse de certaines mastites chez l'homme. (*Paris Médical*, septembre 1925).
- BROCA. — Les mammiles dans l'enfance (*Revue pratique obst. et pédiatrie*, Paris 1905).
- CAPALDI. — *Rinascenza Medica*, 1927.
- CASTAGNA. — *Journal de chirurgie*, t. 26, page 65.
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, 1907.
- COMBY. — Localisation des oreillons sur l'appareil sexuel. (*Prog. Med.* 1893).

- CORCIOVEI. — Mastitis in new-born. (*Romania Med.* 1935).
- COSTÉODAT. — Consuel et Bourdon. (*Bull. et Mem. Soc Med. Hôp. Paris* 1927, mai 1935).
- DARGET, NOGUIER, BOILEAU. — (*Gaz. hebdom. des sc. Med. de Bordeaux*, mai 1929).
- DEHU. — Complication de la fièvre typhoïde. (*Thèse Paris* 1893).
- DELBET. — Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS.
- DESCLAUX. — Mastite syph. tertiaire. (*Gaz. Med. de Nantes*, mars 1934).
- DURODIÉ. — *Bull. et Mém. de la Soc. Med. et Chirug. de Bordeaux.* 1913).
- DUVAL. — *Thèse Paris* 1881.
- DYKE et OXON. — A case of abcess of the breast occuring in a typhoid carrier. (*St Thomas Hospital*).
- ESCUERICH. — Mast. sec. à fièvre puerpérale. (*Fortschritte der Med.* 1885).
- FAU. — Mastite interstitielle non puerpérale subaiguë. (*Thèse Paris* 1878).
- FOLLIN et DUPLAY. — Tr. pathologie externe.
- GREENFELD. — Ein fall von malaria mit mastitis. (*Arch. f. Schiff. u. hopen hyg.* Août 1935).
- HARDOUIN. — *Concours Méd.* 29 mai 1938. quelques observations de mastites subaiguës chez la femme adulte en dehors de la puerpéralité.
- HANRIOT. — *Thèse Nancy* 1904.

- HEMPEL. — *Thèse* Paris 1925.
- HERVIEUX. — Tr. et Pr. des maladies puerpérales. 1870.
- HORTELOUP. — *Thèse agreg. de chirug.* 1872.
- HUGUET et PERAIRE. — *Gaz. hebd. de Méd. et Chirurg.*
Paris 1895.
- JOHN (F.), ERDMANN. — *Soc. chirg. de New-York* (in revue
de chirurgie 1911).
- KHASILEF. — *Ekaterinoslawsky Med. journ.* 1923.
- KIRMISSON. — Précis de chirurgie infantile. 1906.
- KUSTLIN. — Berträge zur Frage des Keningehalter der
Fragenlich und zur oetiologie les mastites. 1898.
- LEFEBVRE. — *Thèse* Paris 1856.
- LEGRY. — Etiologie des abcès puerpéraux après ophtal-
mies purulentes des enfants. (*Prog. Med.* 1887).
- LEMARCHAND. — *Thèse* Paris 1876.
- LEUDET. — *Clin. Méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen.* 1874.
- LÉO CRÉMONE. — (*La Clinica Chirurgica.* Février 1933).
- MADELUNG. — Die Chirurgie des abdominal Typhus. (*Stut-
tgart* 1923.)
- MATHIÉ. — *Thèse* Bordeaux, 1917.
- MELCHIOR. — Mastites à staphylo. métastatiques. (*La Se-
maine dentaire*, mars 1937).
- MOIZARD. — *Thèse* Paris 1881.
- MORESTIN. — *Bull. et Mém. Soc. Anatomie de Paris.*
1900.

- MOULONGUET. — Diag. Anatomo-cliniques de Paul LECÈNE.
- NAUDIN. — *Thèse* Toulouse 1923.
- OCHSENIUS. — Ist die Mastis adolescentium stets tuberküser aetiologie (*Monatschr. f. Kinderh.* 1933).
- OMBRÉDANNE. — Précis de chirurgie infantile.
- PLASSAT. — *Thèse* Paris 1927.
- RECLUS. — *Clin. Chirg. de la Pitié.* 1894.
- RIZET. — *Revue Médical du Nord.* Décembre 1865.
- ROGNON. — *Thèse* Paris 1880.
- ROGER et MARGARET. — *Montpellier Médical* 1909.
- ROSENBLUM. — Puberty mastitis. (*J. Pediat.* Décembre 1936).
- SARFERT et BUMM. — *Deutsche zeit schr. f. chir.* 1893.
- SCHACHTER. — De la fausse mastite des adolescents dans la puberté. (*Méd. infantile.* Juillet 1833).
- SABRAZES. — Les mastites non suppurées de la typhoïde. (*J. de Chir.* 1^{er} semestre 1933).
- SOULIER. — *Thèse* Montpellier 1907.
- TAPFER. — Mast. puerp. à bacille diphtérique. (*J. de Chir.* 2^e semestre 1934).
- TELLIER. — Pathogénie de la mammite suppurée des adolescents. (*Bull. Méd. de Paris* 1895).
- TRENEL. — *Thèse* de Strasbourg. 1812.
- TROUSSEAU. — Cin. Méd. de l'Hôtel-Dieu.

VASSAL. — *Thèse de Paris* 1893.

VERDELET. — *Soc. Med. et Chir. de Bordeaux*. Octobre

VIGNARD et LERAT. — *Gaz. Med. de Nantes*. 1903.

VELPEAU. — *Tr. des maladies du sein*. Paris 1858.

Imprimé par B. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV.

